ZWEI FÄLLE

VON

SCHWEREN NEUROPSYCHOSEN

AUF

TRAUMATISCHER GRUNDLAGE BERUHEND.

NEBST

BERÜCKSICHTIGUNG OPERATIVER BEHANDLUNG
DERARTIGER FÄLLE.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

IN DER

MEDIZIN, CHIRURGIE UND GEBURTSHILFE

UNTER DEM PRÄSIDIUM

VON

DR. E. SIEMERLING

O. Ö. PROFESSOR D. PSYCHIATRIE U. VORSTAND DER PSYCHIATRISCHEN KLINIK

VORGELEGT

VON

W. GLAUNER

APPROB. ARZT AUS WILDBAD

TÜBINGEN 1896.
VERLAG VON FRANZ PIETZCKER.

ZWEI FÄLLE

VON

SCHWEREN NEUROPSYCHOSEN

AUF

TRAUMATISCHER GRUNDLAGE BERUHEND.

NEBST

BERÜCKSICHTIGUNG OPERATIVER BEHANDLUNG
DERARTIGER FÄLLE.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

IN DER

MEDIZIN, CHIRURGIE UND GEBURTSHILFE

UNTER DEM PRÄSIDIUM

VON

Dr. E. SIEMERLING

O. Ö. PROFESSOR D. PSYCHIATRIE U. VORSTAND DER PSYCHIATRISCHEN KLINIK

VORGELEGT

VON

W. GLAUNER

APPROB. ARZT AUS WILDBAD

TÜBINGEN 1896.
VERLAG VON FRANZ PIETZCKER.

DRUCK VON H. LAUPP JR IN TÜBINGEN

In Nachstehendem gelangen zwei Fälle von schweren Neuropsychosen zur Veröffentlichung, die das Bild der Hysterie in ausgeprägter Weise, verbunden mit psychischen Depressionszuständen, darbieten. Beide Fälle sind insofern interressant, als sie einerseits einem Trauma ihr Entstehen verdanken, mithin den traumatischen Neurosen im weiteren Sinne angehören, andererseits bei beiden Fällen des Oefteren zu therapeutischen Zwecken chirurgische Eingriffe vorgenommen wurden, bei dem einen sogar eine Trepanation des Schädeldaches in Aussicht genommen war.

Es sei mir gestattet, zuerst bei den chirurgischen Eingriffen, ihrem Wert resp. ihrer Berechtigung stehen zu bleiben und nochmals zu betonen, dass es sich in unseren Fällen um hysterische Zustände und Anfälle, nicht um epileptische Anfälle handelt.

Sehen wir uns in der Literatur um, so finden wir von chirurgischer Seite nur Indikationen zu operativem Eingriffe aufgestellt für Epilepsie und zwar für die Formen, die nach oder im Zusammenhang mit Trauma aufgetreten sind, also für die sog. Reflexepilepsie, die von einer Narbe eines peripheren Nerven ausgeht, und dann noch für die Jackson'sche Epilepsie.

Die Indication zur Operation bei Reflexepilepsie (Excision der Narbe) wird von v. Bergmann dahin gestellt, dass sich der Krampfanfall mit einer von der Narbe ausgehenden Aura anmelden und einleiten und dass die Narbe selbst eine epileptogene Zone darstellen muss, dass durch Druck auf die Narbe sich ein epileptischer Anfall auslösen lässt. Ausser der Reflexepilepsie ist das operative Vorgehen bei Epilepsie nach v. Bergmann nur noch bei der schon erwähnten Jackson'schen Epilepsie angezeigt. Hier, wo der Anfall durch eine Schädigung resp. Reizung eines bestimmten Abschnittes der motorischen Centren der Hirnrinde bedingt ist und darin besteht, dass das von dem unmittelbar betroffenen Centrum abhängige Glied zuerst in Zuckungen gerät, hier ist es möglich, durch Excision der erkrankten Partie die Anfälle zu beseitigen.

Für traumatische Hysterie finden wir dagegen, wie von vorn herein anzunehmen war, nirgends Indikationen zu operativen Eingriffen. Alle Autoren stimmen darin überein, dass der Hauptnachdruck auf die Behandlung der Hysterie zu legen sei und dass, da die Krankheit im wesentlichen eine Störung der psychischen Funktionen darstellt, die Behandlung in erster Linie in psychischer Einwirkung zu bestehen habe, operative Eingriffe dagegen vollständig zu verwerfen seien.

Wir werden am Schlusse dieser Arbeit, nachdem wir die Krankengeschichten und die bei unseren Patienten vorgenommenen Operationen haben kennen lernen, noch einmal auf den Wert und die Berechtigung chirurgischer Eingriffe zurückkommen.

Wir rechnen, wie schon zu Anfang bemerkt, unsere Fälle zu der grossen Gruppe der nach Trauma entstandenen Erkrankungen. In den Streit, ob die traumatische Neurose eine Krankheit sui generis sei, oder ob der Name nur als Sammelname für alle Neurosen resp. Neuropsychosen auf traumatischer Grundlage, also nur als ein das aetiologische Moment der Krankheit bezeichnender Name anzusehen sei, einzutreten, ist hier nicht der Ort. Es scheint nach dem Vorgange von Hartmann und Dubois, dass in neuerer Zeit die letztere Ansicht als die richtigere von den Meisten anerkannt wird.

Die Anfänge zur Erkenntnis der traumatischen Neurosen reicht ziemlich weit zurück, Andeutungen über Geistesstörungen nach Trauma finden wir in einem englischen Werke aus dem Anfang dieses Jahrhunderts.

Wenn wir von der Lehre von Erschütterung nach Shock absehen, so war es zuerst der Engländer Erichsen (1866), der die Aufmerksamkeit auf die Erscheinungen, wie wir sie jetzt bei den traumatischen Neurosen kennen, hinleitete, wenn er sie auch nicht vollständig schildert und für die Aetiologie nur Eisenbahnunfälle annahm. Er weist die Anschauung, als ob der Symptomenkomplex der Hysterie zugehöre, zurück, nach seiner Ansicht handelt es sich in den leichteren Fällen um eine Entzündung des Rückenmarks (daher und wegen der von ihm angenommenen Aetiologie der Name Railway spine), in den schwereren Fällen um eine gleichzeitig in den Hirnhäuten sich entwickelnde Entzündung.

In Deutschland waren es hauptsächlich Leyden, Erb und Westphal, welche die Aufmerksamkeit auf die Krankheit lenkten. Vornehmlich waren es die bei Eisenbahnunfällen auftretenden

Verletzungen mit ihren Folgezuständen, welche im Vordergrunde des Interesses standen, zum Teil auf Kosten Verletzungen anderer Art. Aber auch hier wird immer noch die spinale Affektion und Alteration betont.

Ein Fortschritt in den Anschauungen wurde durch die Arbeiten Rigler's (Über die Verletzungen auf Eisenbahnen etc. Berlin 1879) gemacht. Er weist schon auf das psychische Moment hin, er sieht die in vielen Fällen entstandene psychische Veränderung als Wirkung der das Gemüt beeinflussenden Katastrophe an.

Mehr noch war es ein Aufsatz von Moeli (Über psychische Störungen nach Eisenbahnunfällen. Berlin. Klin. Wochenschrift 1881 No. 2), der den psychischen Störungen die wichtigste oder doch eine wichtige Rolle zuerkannte und damit die Ansichten um einen guten Schritt weiter brachte.

»Hiermit war,« wie Oppenheim sagt, »wenigstens die spinale Theorie in ihrer Alleinherrschaft bekämpft, der cerebrale Sitz der Krankheit wenigstens für eine Gruppe derselben demonstriert, und auch in aetiologischer Hinsicht dem psychischen Faktor (dem Schreck, der Aufregung), der früher geringe Berücksichtigung fand, Gewicht und Bedeutung eingeräumt.«

Besonders wertvoll für die Erkenntnis der traumatischen Erkrankungen waren die Arbeiten Charcots, der mit steter Konsequenz die Theorie des funktionellen Charakters aller diesbezüglichen Erscheinungen verfocht und dadurch dem Verständnis sowie dem Studium der durch Verletzungen bedingten nervösen Krankheiten erschloss.

Von deutschen Forschern waren es vor allen Thomsen und Oppenheim, die sich insofern Charcots Standpunkt anschlossen, als sie mit immer grösserer Bestimmtheit den cerebralen Sitz, sowie die functionelle Natur der Krankheitserscheinungen betonten, wenngleich ein erheblicher Unterschied in dem Standtpunkte dieser Forscher darin obwaltete, dass Charcot alle hier vorkommenden Symptome mit denen der Hysterie identificierte, während Oppenheim darauf aufmerksam machte, dass sich der psychische Zustand dieser Kranken durch die andauernden Depressionszustände von der gewöhnlichen hysterischen Psychose unterscheide und die Krankheitserscheinungen nach Trauma mehr für ein neues Krankheitsbild angesprochen wissen wollte.

Eine Annäherung in den Anschauungen Charcots und Oppenheims kam dadurch zu stande, dass Charcot die Ansicht von der

rein hysterischen Grundlage der traumatischen Neuropsychosen hat fallen lassen und Oppenheim neuerdings eine Gruppe von Erkrankungen darin sieht, in der »in der Mehrzahl der Fälle eine Kombination von hysteriformen und neurasthenischen Erscheinungen beobachtet wird.«

Und so sehen wir bei dem Studium dieser Erkrankungen nach Trauma, dass bis zur Stunde unter den einzelnen Autoren eine Übereinstimmung in der Ansicht, Erklärung und Beurteilung dieser Fälle, ich erinnere hier nur an die Frage der Simulation, das Aufstellen von objektiven Symptomen, die Verwertung der konzentrischen Gesichtsfeldeinschränkung, noch nicht zustande gekommen ist und dass somit unsere Anschauungen in dieser oder jener Beziehung in Zukunft wohl manche Veränderungen erfahren dürften.

Eine eingehende Schilderung der vielseitigen Symptome der traumatischen Neuropsychosen zu geben, kann hier nicht unsere Aufgabe sein, sie sind zur Genüge von berufener Seite, in den Arbeiten von Oppenheim, Strümpell, Bruns, Dubois und vieler anderer charakterisiert, und es wird uns im Folgenden bei der Erörterung der Symptome in unseren Fällen Gelegenheit gegeben, etwas näher auf diese Symptome einzugehen.

Nur noch einige Worte zu der Prognose der traumatischen Neuropsychosen.

Die Prognose der traumatischen Neurosen ist im Wesentlichen von folgenden Momenten abhängig:

ob die Neurose ein hereditär belastetes oder nicht belastetes Individuum befällt. Im ersteren Falle verschlechtert sich natürlich die Prognose.

Dann mag auch die Zeitdauer, welche die Heilung in Anspruch nimmt, ins Gewicht fallen. Ein durch schwere Verletzung, Blutverlust, langes Krankenlager geschwächtes Individuum, bei dem im Hintergrunde noch dazu die Frage nach der Erwerbsfähigkeit, der Möglichkeit, den alten Beruf beizubehalten und fortzusetzen, steht, dürfte einen günstigeren Boden für eine Neurose abgeben, als ein nur leicht geschädigtes Individuum; wenn damit auch keineswegs gesagt sein soll, dass nicht nach einer relativ geringfügigen Verletzung eine Neurose auftreten kann.

Nicht zu unterschätzen ist auch der Einfluss, welchen der zuerst den Unfall behandelnde Arzt auf den Kranken ausübt. Der Kranke kann ja die Schwere seiner Verletzung wohl in den

meisten Fällen nicht beurteilen. Von dem Arzte hängt es nun ab, dass er dem Patienten seinen Zustand nicht mit zu grellen Farben schildert, nicht dem Kranken von vornherein sagt, in so und so weit werden Sie zeitlebens geschädigt sein. Gerade im ersten Momente der ärztlichen Hilfeleistung, wo zum physischen Schmerz des Kranken die seelische Erregung hinzukommt, wo er geneigt ist, alles viel schwerer und tragischer zu nehmen, als es wirklich sein mag, in solcher Stimmung pflegt dann ein vielleicht noch übertriebener oder zu vorsichtiger Ausspruch des Arztes sehr fest im Gedächtnis des Patienten zu haften, und selbst ein günstiger Ausgang der Verletzung vermag ihn nicht ganz zu tilgen. Auch richtige Instruktionen an die Angehörigen und seine Umgebung, die man ja völlig über den Zustand des Kranken aufklären kann, können hier viel nutzen.

Als wichtigstes Moment für die Prognose ist endlich die Erledigung der Entschädigungsansprüche durch ärztliches Gutachten anzusehen.

Strümpel sagt hierüber: »Der Hauptgrund für die bekannte, meist so wenig günstige Prognose der traumatischen Neurosen und für die Schwierigkeit ihrer Behandlung liegt darin, dass die Kranken oft Monate, ja sogar Jahre lang von einem Arzte zum andern, von einer Behörde zur andern hin und her geschickt werden, bis man es schliesslich mit ganz veralteten und tief in das ganze innere Sein der Patienten eingewurzelten Krankheitszuständen zu thun hat.«

Fall I.

Ursache: Starke Quetschung der 4 letzten Finger der rechten Hand.

Symptome: Schmerzen in der Narbe. Klonische Zuckungen (60—80 in der Minute) im rechten Arme, der rechten Hals- und Gesichtshälfte. Schmerzhaftigkeit des Schädeldaches rechts bei Perkussion. Schmerzhaftigkeit der Trigeminuspunkte rechts. Rechtsseitige Hypaesthesia tactilis — am rechten Arme vollständige Anaesthesie — Hypalgesie, thermische Hypaesthesie, Hyperaesthesie des Geruchsinnes rechts, Ungleichheit des Geschmacksinnes zwischen rechts und links. Konzentrische Einengung des Gesichtsfeldes. Hyperaesthesie gegen Geräusche (mit nachfolgendem Kopfschmerz). Bei den Menses Gebärmutterkrämpfe (früher normal). Respirationskrämpfe. Retentio urinae. Zeitweise retardierter Stuhlgang. Andauernde Tachycardie. Wechselnde Schmerzen im ganzen Körper. Stimmungswechsel, zeitweise Schlaflosigkeit.

M. V. in einer Dampfwäscheanstalt beschäftigt. 21 Jahre alt.

Anamnese: Die Eltern der Patientin leben und sind gesund. Patientin ist das älteste von 3 Geschwistern, die ebenfalls gesund sind. In der Familie kamen keine Geistes- und Nervenkrankheiten vor. Patientin habe in der Schule gut gelernt, will sehr lebhaften Temperaments gewesen sein.

Mit 12 Jahren Eintritt der Periode, dieselbe war regelmässig, mit mässigem Blutverlust. Seit dem später zu erwähnenden Unglücksfall unregelmässig.

Von ihrem 12.—18. Jahre, im Anschluss an den Eintritt der Periode sei Patientin bleichsüchtig gewesen, habe viel an Müdigkeit gelitten. An einer eigentlichen Krankheit will sie nie gelitten haben.

Im Frühjahr 1892 trat Patientin in ein Bügelgeschäft.

Am 25. April 1892 ereignete sich nachstehender Unglücksfall.

Patientin, an einer Dampfmange beschäftigt, wurde beim Lösen eines festgehakten Tuches so an der rechten Hand von der Mangel erfasst, dass alle Finger der rechten Hand mit Ausnahme des Daumens zwischen zwei in Rotation befindliche Walzen zu liegen kamen, wodurch eine ausgedehnte Quetschung der Finger erfolgte. Wegen eintretenden Brandes und Eiterung mussten der III., IV. und V. Finger vollständig entfernt werden, vom II. Finger konnte die Grundphalanx erhalten werden.

Patientin vermochte nach ihrer Entlassung mit dem Stummel der rechten Hand noch zu schreiben und zu häkeln. Sie beschäftigte sich dann einige Zeit in ihrem alten Geschäft mit dem Zusammenlegen von Servietten, musste aber nach kurzer Zeit wegen Schmerzen in der Hand und der Gefahr des Aufbrechens der jungen Narbe diese Beschäftigung aufgeben.

Am 26. Juli 1894 wurde sie bis auf weiteres für vollstängig arbeitsunfähig erklärt und erhielt Vollrente.

Am 9. Oktober 1894 meldet Patientin auf dem Bureau der Unfallversicherung, dass die Hand jetzt geheilt sei, doch trage sie wegen der noch zarten Narbe einen Verband. Bei Witterungswechsel und Kälte verspüre sie Schmerzen in der Hand, in der übrigen Zeit sei sie schmerzfrei.

Nach einem Attest vom 7. Oktober 1894 erklärt der behandelnde Chirurg die Behandlung für abgeschlossen. Leichtere Handarbeiten seien bei dem gut beweglichen Stummel des Zeigefingers und dem leidlichen Widergriff gegen den Daumen möglich. Er schlägt 60% Rente vor.

Am 4. Februar 1895 stellt sich Patientin wieder bei dem früher behandelnden Arzte ein: sie leide seit einigen Tagen an Nervenzuckungen in der rechten Hand.

Auf eine Ordination tritt keine Besserung ein und so wird Patientin am 7. Februar 1895 wieder ins Diakonissenhaus in St. aufgenommen.

Das Attest über ihren Aufenthalt daselbst vom 7. Februar bis 2. März 1895 lautet (im Auszug):

Bei ihrer Aufnahme am 7. Februar 1895 war Patientin von heftigen Krampfanfällen befallen; dieselben waren klonischer Natur, erstreckten sich auf den rechten Arm, rechte Hals- und Gesichtsmuskulatur derart, dass sämtliche vom nervus facialis innervierten Muskeln beteiligt waren, ca. 80. Zuckungen in der Minute. Dabei wird die rechte Hand und Vorderarm stetig vor- und rückwärts geschleudert, das obere Augenlid in beständigem Zwinkern erhalten, der rechte Mundwinkel nach aussen und unten verzerrt, der rechte Ober- und Unterkiefer unter hörbarem Knirschen aufeinandergeschlagen, so dass die Nahrungsaufnahme beträchtlich erschwert war.

Bei Nacht im Schlafe (durch Narcotica erzielt) war nur hie und da leichtes Zucken zu bemerken, in Narkose sistierten die Zuckungen vollständig.

Nur wenige Tage gingen die Krampfanfälle auf beschriebener Höhe weiter, es gelang in der Folge, dieselben so zu reduzieren, dass das Mädchen heute (2. März 1895) nur noch jeden 2. oder 3. Tag ganz leicht vorübergehende, etwa eine Viertelstunde anhaltende Zuckungen hat; auch der Schlaf tritt zur Zeit ohne Schlafmittel in befriedigender Weise ein.

Was die Beurteilung der oben beschriebenen Krämpfe anbelangt, so ist ihre Beziehung zu dem Unfall vom 25. April 1894 zu Recht bestehend und zwar ist der Zustand der Patientin nach seiner ganzen Erscheinungsweise als »traumatische Hysterie« aufzufassen. Die Prognose ist eine mindestens zweifelhafte und ein zeitweises Wiederauftreten der Krämpfe wahrscheinlich, etc.

Weiter erfolgt die Mitteilung, dass bei V. ein Ast des Nervus radialis und ulnaris auf dem Handrücken aufgesucht und gedehnt wurde.

Die traumatische Hysterie ist eine unerwartete Folge der Verletzung, insofern bleibt die Ansicht, die im Gutachten vom 7. Oktober 1894 ausgesprochen ist, nämlich, dass das Heilverfahren abgeschlossen war, zu Recht bestehen.

St., 7. März 1895. gez. Dr. B.

Am 11. März 1895 tritt V. als Komptoiristin in ein Bureau ein.

Am 12. April 1895 erscheint V. auf dem Bureau der Unfallversicherungsgesellschaft mit der Angabe, dass seit 14 Tagen der Zustand in ihrer Hand sich wieder verschlimmert habe, die Nervenzuckungen seien wieder stärker aufgetreten. — Sie habe ausser dem die Quetschung behandelnden Arzte einen zweiten konsultiert, dieser habe eine

Reamputation angeraten; die Nerven seien mit dem Knochen verwachsen. — Auf Anraten des Arztes sei sie nicht mehr im Geschäft; am 20. April werde sie behufs Vornahme einer weiteren Operation wieder ins Diakonissenhaus aufgenommen.

V. befindet sich vom 20. April bis 1. Juni 1895 im Diakonissenhaus.

Attest über diese Zeit:

Es wurde am 22. April eine Operation vorgenommen, eine tieferliegende Amputation der rechten Hand. Hierdurch ist eine glatte Narbe geschaffen und alle mit dem Knochen und der früheren Hautnarbe verwachsenen Nervenenden sind entfernt. Die Zuckungen, welche V. zum Wiederaufsuchen der Anstalt bewogen und die neue Operation erheischten, hielten nach der Operation nur noch wenige Tage an und sind seither ganz verschwunden. Patientin klagt nur noch über halbseitiges, periodisch auftretendes Kopfweh.

Eine Aenderung der Erwerbsfähigkeit hat die Operation nicht zur Folge. gez. Dr. B.

Am 8. Juli zeigte V. wieder auf dem Büreau an, dass sie wegen Wiederauftreten der Nervenzuckungen die Beschäftigung ausgesetzt habe.

Vom zuerst sie behandelnden Arzte sei ihr die Entfernung eines Knochenstückes am Kopfe vorgeschlagen worden, um eine Besserung ihres Zustandes zu erzielen. Ausserdem habe sie noch einen dritten Arzt konsultiert, der habe vorerst eine Nervendehnung, und wenn dies nichts helfe, eine Nervendurchschneidung, sodass der Arm lahm herunter hänge, oder eine Amputation des Armes angeraten. Ein vierter Arzt habe Massage und Hypnotisieren vorgeschlagen. Mit letzterem Vorschlage sei sie nicht einverstanden.

Unter diesem Aktenstück befindet sich die Bemerkung, dass ihr von dem dritten von ihr konsultierten Arzte nur eine Nervendehnung vorgeschlagen, alles übrige: Durchschneidung etc. Befürchtungen der V. sind.

Am 10. Juli 1895 wird V. von der Berufsgenossenschaft zur Untersuchung an die Chirurgische Klinik in Tübingen überwiesen.

In dem in Tübingen ausgestellten Attest wird die Krankheit ebenfalls für traumatische Hysterie erklärt. Von einer Operation, hauptsächlich von einer Trepanation des Schädels wird abgesehen wegen der damit verbundenen Gefahr und des höchst unsicheren Erfolges. Der Fall eigne sich nicht für eine chirurgische Behandlung, dagegen wird eine Behandlung in einer Nervenheilanstalt vorgeschlagen.

Trotz dieses Attestes und der Untersuchung in Tübingen konsultiert V. in St. nochmals ihren dritten von ihr konsultierten Arzt und dieser schlägt ihr eine Nervendehnung vor. Diesen Vorschlag acceptiert V. und sie wird am 13. Juli in die Olgaheilanstalt aufgenommen.

Am 15. Juli 1895 wird daselbst die Dehnung des Nervus medianus und ulnaris im oberen Drittel des Oberarms vorgenommen. Die Zuckungen hören auf und sind bis 22. Juli 1895 nicht mehr aufgetreten. Am 27. Juli wird sie wesentlich gebessert entlassen, Schmerzen und Zuckungen sind vollständig verschwunden.

Am 3. August geht sie zur Erholung in den Schwarzwald, während der Fahrt stellen sich schon wieder Schmerzen und Zuckungen ein, die sich am folgenden Tag so steigern, dass 2 Morphiuminjektionen gemacht werden. Am 4. August reist sie wieder nach Hause.

Am 5. August 1895 wieder Aufnahme in die Olgaheilanstalt. Es bestehen wieder klonische Krämpfe im rechten Arme, sowie im Facialisgebiete, heftige Schmerzen im Arm und Kopf. Zur Beruhigung der Krämpfe wird eine Narkose mit vorhergehender Suggestion am 6. August 1895 vorgenommen; die Krämpfe bleiben bis zum 12. August aus, dann wieder Auftreten von Krämpfen bis zur alten Höhe. Am 19. August wieder Narkose aber ohne Erfolg; am 22. August ungeheilt entlassen mit dem Vorschlage, eine Nervenheilanstalt aufzusuchen.

Die bisher mitgeteilte Vorgeschichte ist aus den von der Berufsgenossenschaft zur Verfügung gestellten Akten excerpiert. Es wären noch einige von der Patientin bei Aufnahme in der Anamnese in der Psychiatrischen Klinik gemachte Mitteilungen anzufügen. — Die Mitteilungen der Patientin stimmen mit dem Aktenmaterial überein. —

Vom 22.—28. August befand sich Patientin zu Hause. Sie habe in dieser Zeit Tag und Nacht Zuckungen im Arme und Gesicht gehabt. Seit Januar 1895 habe sie ausser den Zuckungen immer Schmerzen im rechten Auge gehabt. (Auch hiefür konsultierte sie einen Arzt.) Der Arzt habe ihr ein Schutzglas verordnet.

Schlaf und Appetit wären in letzter Zeit sehr gering gewesen; sie fühle sich stets sehr müde und schwach. Ihre Stimmung sei durch den Unfall nur vorübergehend beeinflusst worden, sie sei stets guten Humors gewesen, nur in der letzten Woche habe sie mehrmals geweint.

Früher habe sie die Zuckungen beeinflussen können, so dass sie schwächer wurden. Durch grosse Anspannung sei es ihr gelungen, dadurch dass sie den Arm an den Leib anpresste, die Zuckungen zu vermindern, jetzt sei ihr dies unmöglich. Jede Aufregung steigere die Zuckung. Sie wolle sich lieber einer lebensgefährlichen Operation unterziehen, als so weiterleben, der Tod wäre eine Erlösung für sie.

Auszug aus der Vorgeschichte:

25. April 1894 ereignete sich der Unfall.

Ende Juni 1894 geheilt entlassen. Leichte Beschäftigung möglich.

26. Juli 1894 für arbeitsunfähig erklärt wegen Schmerzen in der Narbe.

9. Oktober 1894 Arbeitsaufnahme. Bei Witterungswechsel und Kälte verspürt V. Schmerzen in der Hand.

4. Februar 1895 Nervenzuckungen in der rechten Hand. Aufnahme ins Diakonissenhaus (cfr. pag. 9). Dehnung des Nervus radialis und ulnaris auf dem Handrücken. Am 7. März wird V. bedeutend gebessert entlassen.

11. März 1895 Wiederaufnahme der Arbeit.

17. April 1895. Seit 14 Tagen wieder Nervenzuckungen.

20. April 1895 Aufnahme ins Diakonissenhaus. Reamputation an der Hand.

1. Juni 1895 geheilt entlassen.

8. Juli 1895 Wiederauftreten der Nervenzuckungen.

13. Juli 1895 Aufnahme in die Olgaheilanstalt. Dehnung des Nervus medianus und ulnaris in der inneren Bicipitalfurche. Am 27. Juli wird sie wesentlich gebessert entlassen.

3. August 1895 Luftkuraufenthalt im Schwarzwald.

4. August 1895 Auftreten der Zuckungen etc. mit der alten Heftigkeit.

5. August 1895 Wiedereintritt in die Olgaheilanstalt, daselbst:

6. August 1895 Narkose mit Suggestion. Besserung bis zum 12. August. Wiederauftreten der Krämpfe bis zur alten Höhe.

19. August 1895 Zweite Chloroformnarkose mit Suggestion. Negativer Erfolg.

22. August 1895 ungeheilt entlassen.

28. August 1895 Aufnahme in die Psychiatrische Klinik.

Status praesens: (28. August 1895).

Patientin kommt auf Veranlassung der Unfallsversicherungsgesellschaft allein zur Klinik. Ihre Stimmung ist gedrückt, das Sensorium frei.

Patientin ist mittelgross, gut gebaut, von mittlerem Ernährungszustande, Gesichtsfarbe etwas bleich, Schleimhäute anaemisch. Am Körper keine Drüsenschwellung. Am Kopfe keine Narben oder Verletzungen. Perkussion des Kopfes rechts empfindlich, links nicht. Kopf- und Ohrenbildung ohne Besonderheiten.

Bei der Adspektion fällt sofort auf: der rechte Arm, rechte Hals- und Gesichtsmuskulatur sind in fortwährenden klonischen Zuckungen ca 60—70 in der Minute, begriffen. Im Gesicht sind sämtliche vom rechten Nervus Facialis versorgten Muskeln hievon ergriffen. Der rechte Vorderarm und die verstümmelte Hand werden fortwährend vor- und rückwärts geschleudert. Das rechte Augenlied wird in beständigem Zwinkern erhalten, dabei geht der äussere Augenwinkel etwas nach aussen und oben. Manchmal zwinkert auch das linke Auge. Der Augapfel selbst bleibt ruhig. Die Stirn ist frei von den klonischen Zuckungen. Der rechte Mundwinkel wird nach aussen und unten verzerrt.

Die Zuckungen an der Muskulatur der rechten Unterkieferhälfte springen öfter auf die linke Seite über, ohne jedoch dieselbe Frequenz und Intensität wie rechts zu erhalten. Die rechte Halsmuskulatur beteiligt sich in geringerem Maasse an den Zuckungen.

Ablenkung der Patientin hat keinen Einfluss auf die Zuckungen.

Die rechte Hand ist infolge der Verletzung und Operationen stark verstümmelt (cfr. pag. 10). Die Narbe des Stummels ist rot, von gutem Aussehen, verschieblich. Am Handrücken findet sich 2 cm. oberhalb des Handgelenks (distalwärts) an der radialen und ulnaren Seite je eine 2—3 cm. lange Narbe von einer Nervendehnung herrührend (cfr. pag. 11); am Oberarme an der inneren Bicipitalfurche eine 6 cm. lange, lineare, frisch rote Narbe, ebenfalls von einer Nervendehnung herrührend. Diese Narbe ist auf Berührung äusserst schmerzhaft, auch die Umgebung wird auf Druck als schmerzhaft angegeben.

Auf der rechten Seite der Zunge sind 2 deutliche Narben. Patientin giebt hierüber an: Im Februar 95 hätten sehr starke Zungenzuckungen bestanden. Bei einem Versuche, dem Arzte die Zunge zu zeigen mit Unterdrückung der Zuckungen habe sie sich daraufgebissen.

Die Zunge zuckt beim Hervorstrecken vor- und rückwärts, keine seitliche Abweichung.

Kiefer und Gaumen sind ohne Besonderheiten, ebenso die Sprache. — Innere Organe ohne Befund.

Sensibilitätsprüfung: Tastempfindung: Die Berührung mit dem Pinsel ruft auf dem ganzen rechten Arme keine Empfindung hervor (Anaesthesia tactilis). An den andern Körperteilen ist die Empfindung für stumpf beiderseits gleich.

Schmerzempfindung: Stiche mit der Spitze der Nadel werden am ganzen Körper fast durchgängig links stärker empfunden als rechts, niemals aber umgekehrt.

Die Trigeminuspunkte sind rechts schmerzhaft, links nicht (auf Druck).

Temperaturempfindung: Die Empfindung für warm ist an dem rechten Arme entschieden schwächer wie links. Der Metallcylinder muss länger und fester angedrückt werden, als auf der andern Seite, wo eine kurze oberflächliche Berührung mit dem erwärmten Cylinder Schmerz erzeugt.

Prüfung der Sinnesorgane: Die Pupillen sind beiderseits mittelweit, reagieren normal. Die Augenbewegungen sind frei. [Der Augenhintergrund ist ohne Besonderheiten.] Das Gesichtsfeld am Perimeter geprüft zeigt beiderseits konzentrische Einengung mässigen Grades. Sehschärfe: R. S. = $\frac{6}{6}$, L. S. = $\frac{6}{6}$. — Gehörvermögen sehr gut.

Geruchsprüfung mit dem Olfactometer von Zwaardemaker

Lakrizen-Geruchscylinder R 2 — L 4 Teilstriche.
Kautschuck- » R 4 — L 8 »

Oleum menthae piper. wird rechts stärker, Aqua foeniculi links stärker gerochen.

Geschmacksprüfung: Salzig soll rechts, süss links stärker empfunden werden. Sauer und bitter beiderseits gleich.

Motilitätsprüfung: Aktive und passive Bewegungen beiderseits frei. — Kein Tremor der ausgestreckten linken Hand. — Händedruck links ziemlich schwach.

[Die Facialisinnervation ist, soweit Patientin die Zuckungen unterdrücken kann, beiderseits frei.]

Sehnenphaenomene: Kniephaenomen beiderseits in gleicher Stärke vorhanden. Achillessehnenreflex beiderseits deutlich. Fusssohlenreflex beiderseits vorhanden. Fussklonus nicht ausführbar. Beugesehnenreflex am Unterarm beiderseits vorhanden; Bicepsreflex ebenfalls, rechts sehr schmerzhaft.

Puls 120, regelmässig, nicht besonders kräftig. Temperatur 37,2. — Urin sauer, frei von Zucker und Eiweiss.

Dies ist das Krankheitsbild bei der Aufnahme. Während des Aufenthaltes in der Klinik (28. August 95 bis 16. Januar 96) stellen sich in buntem Wechsel, im Kommen und Verschwinden, neue Symptome ein. Es sei mir gestattet, dieselben im Folgenden zusammenzustellen und daran einen kurzen Auszug aus dem Krankenjournal anzufügen.

Da haben wir zuerst psychische Anomalien. Patientin eben noch ausgelassen lustig, wird durch eine harmlose Bemerkung verstimmt, glaubt man halte sie für eine Lügnerin, bittet um ihre Entlassung, um sie kurz darauf zu wiederrufen. Ein gleicher Stimmungswechsel macht sich je nach den bestehenden Schmerzen geltend. Diese Schmerzen ziehen im ganzen Körper umher. Bald gehen sie von der Narbe aus in einem bandartigen Streifen gegen das Olecranon, und von da dem Verlaufe des Nervus radialis folgend gegen die Achselhöhle hinziehend. Dann hat Patientin nur in der Narbe Schmerzen, oder im Cubitalgelenk, dann wieder im Bauche und in der Blase. Eine Zeit lang tritt der Schmerz hauptsächlich jeden zweiten Tag gegen Abend oder nachts auf, erreicht einigemal eine unerträgliche Höhe, so dass Patientin den Arzt bei Nacht rufen lässt. Während der Schmerzen ist die Stimmung weinerlich und mürrisch.

Auch die Zuckungen sind in der ersten Hälfte des Aufenthaltes — gegen den Schluss verschwinden die Zuckungen — nicht immer gleich nach Stärke und Frequenz. Mit dem Stimmungswechsel und dem Auftreten der Schmerzen geht meistens eine Steigerung der Zuckungen sowohl in der Intensität als Frequenz einher.

Ausserdem war Patientin anfangs in hohem Grade gegen Geräusche empfindlich. Auf das geringste Geräusch reagiert sie mit Zusammenfahren, dabei verstärken sich die Zuckungen, auch tritt Kopfweh auf.

Diese Hyperaesthesie gegen Geräusche bleibt auch in der Folgezeit bestehen und ihr Einfluss machte sich bei einem Ausfluge geltend, den Patientin versuchsweise unternahm. Bei der Patientin, die vollständig frei von Zuckungen war, traten sie wieder in der alten Höhe auf.

Der Sensibilitäts- und Motilitätsanomalien ist schon im Vorhergehenden gedacht.

Im weiteren Verlauf der Krankheit kommt es vorübergehend zu Störungen in Blasen-, Mastdarm- und Geschlechtsfunktionen. So vernachlässigte Patientin einmal ihren Stuhlgang derart, dass es zu perityphlitischen Reizerscheinungen mit Temperatursteigerung kommt. Die früher normal verlaufenden Menses werden unregelmässig, es stellen sich Gebärmutterkrämpfe ein. Nachdem diese Krämpfe glücklich vorüber sind, tritt hartnäckige Retentio urinae ein.

Auch Schlaf, Appetit und Verdauung bleiben sich natürlich bei diesem wechselnden Krankheitsbild nicht gleich. Gegen die Schlaflosigkeit muss einigemal mit Narcoticis eingeschritten werden. Der Appetit, meist sehr gut, liegt manchmal darnieder. Der auftretenden Obstipation wurde schon gedacht.

Ausser der während der ganzen Krankheitsdauer und auch in gebessertem Zustande anhaltenden Vermehrung der Pulsfrequenz meist 100 und über 100 Pulsschläge — der Puls ist kaum jemals normal, schwankt zwischen 54 und 144 Schlägen — kommt es auch zu Störungen von Seiten der Respiration, die als Respirationskrämpfe aufgefasst werden müssen. Diese Krämpfe verlaufen in folgender Weise: Mit einem unbestimmten Gefühl von schwerer Beklemmung auf der Brust tritt der Anfall auf; die Zuckungen sistieren während desselben. Der Gesichtsausdruck ist dabei ängstlich, die Gesichtsfarbe blass, die Atmung nicht hörbar, oberflächlich, Dauer des Anfalls 3—4 Minuten, während des Anfalls das Gefühl von Schwindel; vor dem Einsetzen des Anfalls eine Art Beklemmung auf der Brust, wie wenn sich die Brust »zusammenzöge«. Nach dem Anfall ist das Gesicht wieder lebhafter gerötet.

So erfreut und überrascht uns Patientin mit immer neuen Symptomen und führt uns fast das ganze wechselnde Bild der Hysterie in gedrängter Uebersicht vor unsere Augen.

Krankenjournal.

29. August 1895. Schlaflose Nacht. Der Patientin ist es unmöglich, in einem Saale mit »so vielen« Kranken zu schlafen. Hyperaesthesie gegen Geräusche. Schmerzen im Arme und in der Narbe der Hand. — Patientin erhält Einzelzimmer.

30. August 1895. 5stündiger Schlaf während der Nacht ohne Narcotica. Zuckungen geringer an Intensität und Frequenz, ca. 50 in der Minute.

31. August 1895. Zustand bedeutend besser, die Zuckungen haben entschieden nachgelassen. Stimmung freudig, Patientin hoffnungsvoll, verspricht sich Heilung.

3. September 1895. Patientin befindet sich gut. Das Gesicht bleibt von den Zuckungen jetzt meist frei. Stimmung gleichmässig ruhig, aber immer noch grosse Hyperaesthesie gegen Geräusche mit nachfolgendem Kopfweh. — Schlaf und Appetit gut.

4. September 1895. Menses mit angeblichem Gebärmutterkrampf, der auf Opium und warmen Wickel nachlässt. — Stimmung gedrückt.

8. September 1895. Menses vorüber, Stimmung wieder besser. Appetit sehr gut.

10. September 1895. Zuckungen wieder heftiger.

11. September 1895. Besserung, die Zuckungen lassen nach, der gestern vorhandene Kopfschmerz wieder verschwunden.

25. September 1895. Befinden anhaltend sehr gut.

29. September 1895. Patientin unternimmt versuchsweise einen Ausflug. Durch den Verkehr und Lärm auf den Bahnhöfen treten wieder Zuckungen im rechten Arm und der rechten Gesichtshälfte auf.

30. September 1895. Die Zuckungen haben an Intensität und Frequenz nachgelassen. Die Stimmung der Patientin noch sehr gereizt.

1. Oktober 1895. Zuckungen fast ganz verschwunden.

3. Oktober 1895. Menses mit starken Unterleibskrämpfen. Heftige Schmerzen im rechten Arme, im rechten Cubitalgelenk. — Schlaf schlecht.

4. Oktober 1895. Die Krämpfe lassen nach, die Schmerzen bestehen fort.

5. Oktober 1895. Befinden wieder sehr gut. Zuckungen schwach und gering an Zahl.

12. Oktober 1895. Patientin hat angeblich infolge von Lärm schlecht geschlafen, wieder Schmerzen im Arm, Verstärkung der Zuckungen. Der Schmerz soll in Form eines bandartigen Streifens (dem Verlauf des Nervus radialis entsprechend) zur Achselhöhle ziehen.

13. Oktober 1895. Schmerzfrei.

15. Oktober 1895. Durch am Abend vorher lebhaft geführte Unterhaltung treten bei Nacht Schmerzen auf.

22. Oktober 1895. Seit 15. Oktober alle 2 Tage gegen Abend Schmerzen. Während der Schmerzen Patientin missmutig, verdriesslich, gleich nachher wieder heiter.

25. Oktober 1895. Seit 3 Tagen wieder heftige Schmerzen im Arm. Nachts angeblich unerträglich, lässt den Arzt bei Nacht rufen. Stimmung verdriesslich. Zuckungen nach Intensität und Frequenz zugenommen.

28. Oktober 1895. Nachts Schmerzen bis zur Unerträglichkeit. Stimmung weinerlich und mürrisch. Patientin nimmt alles übel, fühlt sich gekränkt. Appetit sehr gering.

29. Oktober 1895. Gute Nacht mit Schlaf. Schmerzfrei und frei von Zuckungen.

31. Oktober 1895. Befinden anhaltend gut, ebenso die Stimmung. Eintritt der Menses mit Gebärmutterkrämpfen.

2. November 1895. Menses zu Ende. Befinden sehr gut. Stimmung heiter.

7. November 1895. Patientin durch eine harmlose Bemerkung verstimmt, verlangt ihre Entlassung, will aber nachher nichts mehr davon wissen.

8. November 1895. Schlechter Schlaf während der Nacht. Es bestehen wieder Zuckungen, auch beteiligt sich die linke Gesichtshälfte daran.

13. November 1895. Schlaf auf Narcotica gut. Schmerzen im Arm; Zuckungen, die im Laufe des Tages zunehmen.

14. November 1895. Etwas Besserung. Schlaf während einige Stunden ohne Narcotica. Schmerz und Zuckungen etwas weniger, aber immer noch in erheblichem Masse. Respirationskrampf.

15. November 1895. Abends 2, nachts ein »Brustkrampf.«

16. November 1895. Infolge Vernachlässigung des Stuhlgangs kommt es zu peritonitischen Erscheinungen mit Temperatursteigerung, vermehrter Resistenz in der Ileocoecalgegend (Abschwächung des Schalls). Therapie: Opium.

20. November 1895. Die peritonitischen Erscheinungen vorüber. Während derselben zum erstenmal Retentio urinae. Patientin wird katheterisiert. In den folgenden Tagen muss Patientin mehreremals katheterisiert werden. In der Folgezeit wechseln Ischurie, Schmerzen in der Blase, spontane Harnentleerung mit einander ab.

Seit 27. Dezember keine Zuckungen im Arme und Gesicht mehr, auch keine Schmerzen. Zeitweise Ischurie.

Am 16. Januar 1896 wird Patientin auf ihr Verlangen nach Hause entlassen. Das Befinden war in den letzten Wochen anhaltend sehr gut. Patientin war frei von Schmerzen und Zuckungen. Seit 26. Dezember 1895 bestand spontane Urinentleerung.

Die Behandlung bestand in täglichen kalten Abreibungen morgens, abwechselnd in Franclinisation und Faradisation des rechten Armes, und in elektrischen Bädern.

II. Aufnahme (3. Februar 1896).

Patientin am 16. Januar 1896 (auf ihr Verlangen) gebessert entlassen, kommt am 3. Februar 1896 wieder.

Ueber die Zwischenzeit macht sie folgende Angaben: Am zweiten Tage nach ihrer Entlassung stellte sich schon wieder Ischurie ein, am 3. Tage traten wieder Zuckungen auf. Auch will Patientin wieder an Schlaflosigkeit und Appetitmangel gelitten haben.

Status praesens (am 3. Februar 96):

Bei der Aufnahme bestehen kurz dauernde klonische Zuckungen gleichzeitig im rechten Arm und der rechten Gesichtshälfte, 40—50 in der Minute. Dabei wird der im Cubitalgelenk gebeugt gehaltene Arm leicht vorgestossen; bei den Zuckungen im Gesicht ist hauptsächlich das mittlere Facialisgebiet beteiligt, die Stirne ist frei. Die Kiefermuskulatur ist nur in geringem Grade betroffen; die Halsmuskulatur ist frei. Kein Ueberspringen der Zuckungen auf die andere Seite.

Die Verstümmelung der Hand, Narben am Arm etc. wie früher (cfr. pag. 13).

Als besonders empfindlich wird die ulnarwärts gelegene Narbe auf dem Handrücken angegeben; bei Berührung derselben zuckt Patientin zusammen. Die übrigen Narben sind unempfindlich.

Die Zunge zittert beim Vorstrecken, kann keinen Moment ruhig gehalten werden.

Kiefer und Gaumen, ebenso wie die inneren Organe ohne Befund.

Sensibilitätsprüfung: Pinselstriche werden am rechten Arm gar nicht, am linken Bein nur wenig, an den übrigen Körperstellen gut empfunden. Druckempfindung beiderseits prompt.

Schmerzempfindung: Mässig kräftige Nadelstiche werden rechts, namentlich am Arme gar nicht angegeben, tiefere werden deutlich als schmerzhaft empfunden.

Die Trigeminuspunkte rechts auf Druck schmerzhaft.

Temperaturempfindung rechts etwas verzögert, sonst normal.

Prüfung der Sinnesorgane: Pupillen mittelweit, reagieren beiderseits normal. Augenbewegungen frei. Gesichtsfeld beiderseits erheblich konzentrisch eingeengt.

Gehörvermögen normal.

Geruch rechts deutlicher wie links.

Geschmack rechts herabgesetzt.

Mobilitätsprüfung: Aktive und passive Bewegungen beiderseits frei. Elektrische Erregbarkeit normal.

Die Sehnenreflexe am Arm — Biceps-, Triceps- und Supinatorsehnenreflex gut erhalten.

Der Puls schwankt in seiner Frequenz ganz bedeutend.

Urin sauer, frei von Zucker und Eiweiss.

Dies ist das Krankheitsbild bei der zweiten Aufnahme. Patientin wurde am 7. Februar klinisch vorgestellt; darüber entrüstet beantragt sie Entlassung. Wenn man sie nicht operiere, könne man ihr nicht helfen, und begründet damit weiter ihren Entschluss, abzureisen.

Während ihres Aufenthalts vom 3.—7. Februar stellt sich am 4. Februar wieder Ischurie ein. Dagegen wird Faradisation der Harnröhre mit entsprechendem Katheter vorgenommen. Die Zuckungen in Arm und Gesicht weniger gegen 3. II. 96.

Am 5. II. 96 spontane Urinentleerung.

Die Behandlung bestand neben psychischer Beeinflussung in täglicher Applikation von Elektrizität — Influenzmaschine, elektrischem Bad.

Fassen wir noch einmal den ganzen Symptomenkomplex zusammen: Die psychischen Anomalien, der rasche, oft unmotivierte Stimmungswechsel, die ausserordentliche Mannigfaltigkeit der Störungen im Gebiete der Nerventhätigkeit, die Sensibilitätsstörungen, die kein abgeschlossenes Nervengebiet betreffen, die Beteiligung der Sinnesorgane, konzentrische Einengung des Gesichtsfeldes, Hyperaesthesie im Gebiete des Acusticus, Geschmacksanomalien, die Störungen in der Motilität, die klonischen Zuckungen, von einem Punkte ausgehend allmählich den ganzen Arm und die Gesichtsmuskulatur ergreifend, die hartnäckige Retentio urinae, Anfälle die man als Respirationskrämpfe bezeichnen kann, — alle diese Symptome zusammengenommen, machen die Diagnose Hysterie sicher.

Fall II.

Ursache: Streifschuss am Hinterhaupt.

Symptome: Narbe und Umgebung auf Druck schmerzhaft. Hypaesthesie tactilis auf der ganzen rechten Körperhälfte, mit der Mitte des Körpers scharf abschneidend; Analgesie rechts, mit Beteiligung sämtlicher Schleimhäute. Rechtsseitige thermische Hypaesthesie mit vollständig anaesthetischer Zone am ganzen linken Fuss, rechter Hand und rechter Gesichtshälfte. Muskelsinn und Ortssinn rechts teils erloschen, teils pervers. Konzentrische Einengung des Gesichtsfeldes rechts, rechtsseitige Herabsetzung des Gehörsinnes und Geruchs. Geschmack für süss pervers, wird rechts als bitter angegeben. Passive Bewegungen beiderseits nur mit Ueberwindung eines gewissen Widerstandes möglich. Hysterogene Zonen an den untern Extremitäten zur Auslösung von Krämpfen. Herabsetzung der motorischen Kraft rechts.

Krampfanfälle mit vorhergehender Aura. Dieselben sind tonischer Natur, der ganze Körper wird ergriffen mit brettharter Anspannung aller Muskeln. Das Bild der Krämpfe wechselnd. Kreuzigungsstellung wird eingenommen, Schwimmbewegungen. Arc de cercle-Bildung. Nach Aufhören der Anfälle meist Aphasie. Während der Anfälle Trübung des Bewusstseins.

Vorübergehende Despressionszustände.

Bei der dritten Aufnahme sind alle Erscheinungen im Gebiete der Sensibilität Motilität etc. rechts auf die linke Seite übergegangen (Transfert). Die rechte Seite ist vollständig normal.

F. A., Weingärtner, Militärinvalide. (Auszug aus dem Journal der Chirurgischen Klinik Tübingen).

Anamnese: Am 25. August 1870 erlitt A. einen Streifschuss am Hinterkopf. Die Wunde soll einige Wochen nach der Heilung wieder aufgebrochen sein und einige Knochensplitter herausgeeitert sein. Frühjahr 1871 heftige Kopfschmerzen von der Narbe ausgehend. Am 9. September 1871 Operation. Ob Entfernung von Knochensplittern stattfand, ist fraglich. Seit der Operation zwar Besserung, aber doch von Zeit zu Zeit Schwindel und Kopfschmerz.

Im Sommer 1881 fiel Patient zum erstenmal bei der Arbeit im Weinberge um, bekam Krämpfe in Armen und Beinen und will bewusstlos gewesen sein. Die Anfälle sollen sich ca. 40mal wiederholt haben. Patient merkt das Herannahen eine halbe Stunde vorher. »Der Anfall« soll oft stundenlang dauern, Patient will aber nicht während der ganzen Zeit bewusstlos sein. Seit dem Auftreten der Anfälle leidet Patient an kontinuierlichem Kopfweh, zugleich habe eine Abnahme des Hör- und Sehvermögens stattgefunden.

Status bei der ersten Aufnahme am 18. Januar 1884. Geistige Funktionen ohne Anomalien. Keine Sensibilitätsstörungen ausser leichtem Schwanken bei geschlossenen Augen. Grobe Kraft erhalten. Am Hinterhaupt, etwas nach rechts und oben vom Tuber occip. ext. eine 1,5 cm lange, nicht verwachsene Narbe, die bei Berührung sehr schmerzhaft sein soll, ebenso die ganze rechte Kopfseite, Schulter- und Nackengegend. — Augenuntersuchung: Inkoordinierte Augenbewegungen die einzige nachweisbare Anomalie.

Patient ist wegen seiner Schmerzen zu jeder Operation bereit.

Am 25. Januar 1884 tritt abends 9 Uhr ein Anfall auf, den Patient eine halbe Stunde vorher annonciert hatte. Dauer 1 Stunde. Attacken von je 10 Minuten Dauer. Die Anfälle begannen mit klonischen und tonischen Kontraktionen in der Beinmuskulatur, die allmählich in allgemeine Krämpfe übergingen.

Am 9. Februar 1884 wird ärztlicherseits folgender Anfall beobachtet: Beginn mit heftigen tonischen Kontraktionen der Streckmuskulatur beider Beine, die sehr schmerzhaft sein sollen. Nach 5 Minuten plötzlich auch in den Armen Krämpfe tonischer Natur, dieselben werden in die Höhe geworfen und einige Zeit so gehalten. Bulbi dabei nach oben, Pupillen eng, reaktionslos, ebenso die Conjunctiva corneae. Tiefe bis auf den Knochen gehende Nadelstiche nicht empfindlich. Plötzlich werden die Pupillen weit, reagieren, das Bewusstsein kehrt zurück.

Derartige Anfälle werden alle 2—3 Tage beobachtet.

Operation am 9. Februar 1884: In der Tiefe der Narbe fühlt man ein strangartiges Gebilde, das möglicherweise dem Nervus occipitalis entspricht. Circumcision der Narbe. Knochen wird nicht entblösst, das erwähnte Gebilde mitexcidiert.

Gleich schon nach der Operation glaubt Pat. von seinem Kopfweh befreit zu sein.

Am 9. März 1884 ist die Narbe auf Druck schmerzlos. Keine Anfälle seit der Operation. Wird am 9. März entlassen.

II. Aufnahme (3. Mai 1884.)

Patient hatte im März 1884 ein Erysipel der Kopfhaut durchgemacht. Krämpfe waren nicht wieder aufgetreten, dagegen ist die Kopfhaut empfindlich, Patient klagt über alle möglichen und unmöglichen Beschwerden, die im Journal nicht weiter angeführt sind. — Entlassen am 20. Juni 1884.

III. Aufnahme (7. August 1892.)

Patient war seit Mai 1884 bis Herbst 1891 gesund. Seit Oktober 1891 zunehmende Krämpfe an Frequenz und Intensität. Schlaflosigkeit, Schwindel.

Status: Narbe sehr schmerzhaft, im übrigen Status wie früher.

Die beobachteten Anfälle verlaufen derart, dass die tonischen Streckkrämpfe abwechseln mit heftigen Stossen und Schlagbewegungen; auch krümmt sich der Rumpf stark opisthotonisch. Anfälle alle 2—5 Tage, oft viele hintereinander.

Operation am 3. Dezember 1892: In der Ansicht, dass die Krämpfe vom Nervus occipitalis ausgehen, Durchschneidung der grösseren Aeste desselben und Ablösung eines Perioststückes von 3 cm Länge, 1,5 cm Breite an der narbigen Stelle.

Patient fühlt sich nach der Operation wohl, Wundverlauf gut.

Am 8. Dezember 1892 heisst es: Klagt noch manchmal etwas Schmerzen oberhalb der Wunde, die Kopfschmerzen haben im übrigen nachgelassen; die psychische Depression ist beseitigt.

14. Dezember 1892. Patient klagt über vermehrte reissende Schmerzen, die hinter dem Ohr beginnen und unter dem Ohr nach innen ausstrahlen. Heute früh, während Patient noch zu Bette lag, trat plötzlich eine ca 3 Minuten dauernde tonische Zusammenziehung der Muskulatur beider Beine ein, das Bewusstsein war dabei nicht gestört.

20. Dezember 1892. Allgemeinbefinden gut, Schmerzen am Kopfe ganz verschwunden. Haut in der Umgebung des Defektes in keiner Weise mehr schmerzhaft auf Druck wie früher. Kein Anfall mehr. Am 24. Dezember 1892 entlassen.

IV. Aufnahme (9. Januar 1893.)

Seit der Entlassung trat kein eigentlicher Anfall mehr auf, es habe sich nur einigemal ein Anfall angemeldet, indem sich Krämpfe in der Muskulatur des Rumpfes und der Beine einstellten, zum richtigen Ausbruch sei es nie gekommen. Daneben habe einseitiger Kopfschmerz rechts bestanden.

Die Narbe ist gut geheilt. Druck auf sie angeblich empfindlich bis in die Zahnreihe des rechten Kiefers hinein. Die früher weitverbreitete Schmerzhaftigkeit der Haut auf der ganzen Hälfte des Hinterhauptes vollständig beseitigt.

Am Tage des Eintritts stellt sich bereits ein Anfall ein.

17. Januar 1893 Operation: Da die Haut am rechten Winkel des Defekts, sowie an der Unterseite noch auf Druck schmerzhaft ist, werden auch noch diese schmerzhaften Partieen excidiert.

Wundverlauf durch ein leichtes Oedem der rechten Gesichtshälfte (am 28. Januar) gestört. Patient klagt über anfallsweise Schmerzen, besonders über dem rechten Auge, nach der rechten Stirn ausstrahlend und in die rechte Wange bis in den Unterkiefer. Supra- und Infraorbitalpunkte schmerzhaft. Keine Anfälle bisher.

5. Februar 1893. Umgebung des Defektes nirgends mehr schmerzhaft. Allgemeinbefinden gut. Patient klagt immer noch über neuralgische Schmerzen. Beim Rücken nach der rechten Seite behauptet Patient das Gefühl zu haben, als schiesse das Blut nach der rechten Gesichtshälfte, so dass es ihm schwindlig werde. Beim Rücken nach der linken Seite keine derartige Erscheinungen. Auch könne er den Kopf nicht allein nach rechts drehen, sondern müsse die Bewegung mit dem Rumpfe mitmachen wegen Hemmung im Nacken durch die Narbe.

7. Februar 1893. In den letzten Tagen will Patient manchmal krampfhafte Kontraktionen der Beinmuskulatur gehabt haben.

18. Februar 1893. Die Neuralgie mit Ausnahme leichter Druckempfindlichkeit des Infraorbitalpunktes verschwunden. Narbe und Umgebung nirgends mehr schmerzhaft. Kein Anfall ausser wiederholten krampthaften Kontraktionen beider Beine. Die subjektiven Beschwerden bestehen angeblich in noch zeitweise auftretendem Reissen im Kopfe, Schwindel beim Bücken und raschen Bewegungen.

19. Februar 1893 entlassen.

V. Aufnahme. (9. Mai 1893.)

Patient hat seither nicht gearbeitet, leidet angeblich an fortwährenden heftigen Kopfschmerzen, sowie starkem Schwindel bei raschen Bewegungen und beim Bücken. Auch sollen die Anfälle in Pausen von 8—14 Tagen wieder auftreten.

Die oberhalb der Hinterhauptnarbe gelegene Hautpartie empfindlich. Die Angaben des Patienten und sein Auftreten erwecken den Verdacht der Simulation, zum mindesten der Uebertreibung.

Entscheidung über seine Invaliditätsfrage ist noch nicht getroffen.

Am 12. Mai 1893. Heute bei der Visite Anfall von 10 Minuten Dauer. Patient sitzt im Lehnstuhl mit geschlossenen Augen und starrer Kontraktion der Muskeln des Körpers. Die Pupillen reagieren gut. Auf starke Nadelstiche in die Haut keine Reaktion, kein Schlagen der Glieder, kein Zähneknirschen wie früher.

15. Mai 1893 entlassen, da ein chirurgischer Eingriff für verfrüht gehalten wird, besonders da man sich des Verdachtes der Uebertreibung nicht erwehren kann.

Am 10. Mai 1895 erfolgt die Aufnahme des A. in die Psychiatrische Klinik.

Anamnese (vom Patienten selbst erhoben. Nur in soweit wiedergegeben, als sie von der früheren abweicht):

Patient kommt allein, berichtet folgendes: Am 25. August 1870 bekommt er einen Streifschuss am Hinterhaupt. Heilung mit Eiterung. Frühjahr 1871 zum erstenmal Krämpfe, er will auf Posten stehend mehreremal umgefallen sein. Patient spürte das Nahen der Krämpfe an starken Schmerzen in der Narbe, Schwarzwerden vor den Augen, Schwindel. 1/4—1/2 Stunde nachher Zuckungen im ganzen Körper mit Verlust des Bewusstseins. Dauer 10 Minuten bis 2 Stunden. Häufig Zungenbiss, seltener Enuresis.

Die Krämpfe anfangs täglich. September 1871 erste Operation, Entfernung eines Bleistückes.

Von 1871—1884 verblieb Patient ganz von Anfällen verschont. Dagegen alle 8—14 Tage Kopfschmerz, der »stossweise« sich einstellte, am Hinterkopfe einsetzte und gegen die Stirn ausstrahlte. Der Schmerz stets scharf auf die rechte Kopfhälfte beschränkt.

Anfang 1884 verstärktes Reissen im Kopf, die Krämpfe treten ebenfalls wieder auf. Anfänglich alle 8 Tage, später alle 2—3 Tage. Deshalb zweite Operation in Tübingen im Sommer 1884. Nachdem ging es dem Patienten gut bis Frühjahr 1892. Die Anfälle sollen gleich nach der Operation sistiert haben, Kopfschmerz viel seltener, kein Schwindel mehr.

Erst 1892 brachen die alten Beschwerden, der halbseitige Kopfschmerz und Schwindel hervor, deshalb 3. Operation in Tübingen, die sogleich von Besserung gefolgt war, allerdings nur auf ein Vierteljahr. Es folgen 3 weitere operative Eingriffe; die Krämpfe blieben regelmässig nach der Operation aus.

Seit einem halben Jahr hat sich der Zustand wieder verschlimmert. »Alles thue ihm weh.« Er fühle sich in allen Gliedern wie lahm. Es besteht anhaltendes Kopfweh, vom Hinterhaupt rechts nach vorn strahlend. »Es hämmert und reisst im innern Kopf.« Oefter am Tage Schwindelgefühl, so dass er sich rasch stützen müsse. Es wird ihm schwarz dabei vor den Augen. Krämpfe schon alle 2—8 Tage, meist dann mehrere hinter einander.

Während Patient in früheren Jahren täglich 2—3 Stunden arbeiten konnte, ist er seit dem letzten Vierteljahr gar nicht mehr dazu imstande. — Er lebt von einer Pension, die 36 Mark im Monat beträgt.

Status praesens: Mittelgrosser Mann, in ziemlich gutem Ernährungszustande, gut entwickelte Muskulatur.

Die Gegend am Hinterhaupt ist in ihrer ganzen Ausdehnung von einer grossen Narbe eingenommen. Die Narbengegend ist gegenüber den angrenzenden Partieen etwas vertieft und uneben. Die Haut zum Teil mit dem untenliegenden Knochen verwachsen. Druck auf die

Narbe überall gleichmässig schmerzhaft. Auch die Umgebung der Narbe auf 4—5 cm. hinaus auf Druck empfindlich. Perkussion und Druck auf den übrigen Schädel nicht schmerzhaft.

Sensibilitätsprüfung: Auf der ganzen rechten Körperhälfte, und zwar ist die Grenze in der Mitte abgeschnitten, empfindet der Patient leichte Pinselstriche nur ganz wenig, giebt dieselben als dumpf und pelzig an. Nadelstiche werden empfunden, sie »kitzeln« etwas, sind aber nicht weiter schmerzhaft.

An der herabgesetzten Empfindung beteiligen sich sämtliche Schleimhäute. Der Cornealreflex ist rechts viel schwächer auszulösen, als links.

Während das Einführen eines Pinsels in das linke Nasenloch ihm ziemlich unangenehm ist, ist dasselbe rechts möglich, ohne dass Patient eine Miene dabei verzieht.

Temperaturprüfung mit Metallcylinder (nach Goldscheider): kalt und warm werden auf der linken Körperhälfte prompt unterschieden. Rechts erst, nachdem der Cylinder mehrere Sekunden aufsitzt. Die Angaben rechts meist unbestimmt, »lau« oder »etwas warm« bei heissem Cylinder. Während links bei 2—3 Sekunden langem Aufsetzen des heissen Cylinders sogleich eine Reflexbewegung auftritt, der Patient über Brennen klagt, empfindet er den gleichen Cylinder rechts als »lau« oder »warm«. Am linken Fuss bis zur Gegend der Knöchel, von der rechten Hand bis zum rechten Handgelenk und in der rechten Gesichtshälfte giebt er sowohl kalt wie warm nur als Druck an.

Muskelgefühl und Gemeingefühl: Passive Bewegungen am linken Bein bei geschlossenen Augen vorgenommen kann Patient genau beschreiben. Passive Bewegungen unter leichtem Druck an den kleinen Gelenken der rechten Extremitäten vorgenommen, empfindet er gar nicht; bei stärkerem Anfassen der einzelnen Finger und Zehen empfindet er wohl die Berührung und Bewegung, verwechselt aber häufig die Art der letzteren, giebt eine Flexion für Extension und umgekehrt an.

Prüfung der Sinnesorgane:

Pupillen gleich weit, reagieren gut. Augenbewegungen frei.

Gehörvermögen: Ticken der Uhr wird rechts auf 30 cm, links auf $^1/_2$ m vernommen. Leitung der Stimmgabel durch die Kopfknochen rechts sehr wenig, links besser.

Geruchsprüfung (nach Zwaardemaker): 1 : 10 000. R. Acidum valerianum — noch bei Ausziehen des ganzen Cylinders = null.

L. Acidum valerianum — bei 2 cm »feiner Geruch«.

Geschmacksprüfung:

Zucker: R. bitter, L. süss.

Salz: beiderseits gleich bitter.

Essig: beiderseits gleich sauer.

Chinin: beiderseits gleich bitter.

Patient giebt an, dass er besser schmecke, als rieche.

Motilitätsprüfung:

Aktive Bewegungen in allen Gelenken frei. Bei passiven Bewegungen begegnet man R. wie L. anfänglich einer gewissen Rigidität. [Druck auf die Muskulatur überall als schmerzhaft angegeben]. Bei wiederholten forcierten Bewegungen in den Gelenken und längerem Druck auf die Muskulatur treten ausserordentlich starke und dem Patienten schmerzhafte Krämpfe des betreffenden Extremitätenabschnittes ein. Besonders leicht sind Wadenkrämpfe und schmerzhafte Kontraktionen in dem Quadricepsgebiete beider unterer Extremitäten auszulösen.

Motorische Kraft der rechten Extremitäten geringer als links.

Dynamometer R. = 40, L. = 80.

Facialisinnervation beiderseits gleich.

Sehnenphaenomene: Kniephaenomen und Achillessehnenreflex vorhanden.

Zunge etwas belegt, zittert wenig, ohne Bisse und Narben.

Herztöne rein. Puls 52 — während des ganzen Aufenthaltes in der Klinik ist die Pulszahl subnormal. — Geringer Grad von Arteriosklerose.

Krankenjournal.

14. Mai 95. Patient im Garten, klagt über Schwäche, befürchtet einen Anfall zu bekommen. Die rechte Hand zittert, macht zeitweise ruckartige Zuckungen. Patient konnte noch auf den Wachsaal gehen und sich zu Bette legen.

Anfall: Patient lag auf dem Rücken, die Gesamtmuskulatur des Körpers spannte sich auf das äusserste an und verharrte mehrere Minuten in diesem Zustand. Bulbi in Mittelstellung, bewegen sich nicht, Pupillen beide verengt, 2,7 mm Durchmesser; beide Gesichtshälften schmerzhaft verzerrt, die Zahnreihen auf einander gepresst, gegeneinander knirschend. Die Arme vom Rumpfe abduziert (Kreuzigungsstellung), gestreckt, die Muskeln an Armen und Beinen bretthart; die Finger und Zehen eingekrallt. Von Zeit zu Zeit flektiert Patient beide Arme im Cubitalgelenk, um sie gleich darauf mit leichter Vorwärtsbewegung zu strecken. Die Bewegungen der Arme erfolgten kurz und abgesetzt und hatten Aehnlichkeit mit einer Fechtbewegung.

Nachdem die tonische Anspannung der Muskulatur ca. 4 Minuten gedauert hatte, lösen sie sich zuerst im Gesicht, dann nur in den Ober- und Unterarmen. Die Pupillen, deren Weite während des Anfalls schon wiederholt geschwankt hatte, wurde nun dauernd mittelweit. Der Patient seufzte: »Ich bin ein armer Kerl«, klagte über heftige Schmerzen in allen Gliedern, bat ihm die eingekrallten Finger und Zehen zu lösen und mit kaltem Wasser abzureiben. Erfahrungsgemäss helfe ihm dies. Die eingekrallten Finger und Zehen lassen sich nur mit der grössten

Kraftanstrengung lösen, zeigten aber dennoch nicht mehr das Bestreben, in ihre alte Stellung zurückzukehren, sondern folgten nur jedem passiv ausgeübten Zuge unter leichtem, stets sich gleich bleibendem Widerstand (Flexibilitas cerea).

Psychisch fühlte sich Patient nach dem Anfalle völlig frei. Das Kopfweh auf der rechten Seite soll sich nicht vertärkt haben, sondern im alten Grade fortbestehen.

Während des Anfalls will Patient völlig bewusstlos gewesen sein.

19. Mai 95. Patient hatte gestern Abend 7 Uhr einen Anfall, dessen Nahen er etwa 10 Minuten vorher meldete. Er legte sich zu Bette, schauerte öfters am ganzen Körper, endlich setzte der Anfall unter Stöhnen ein mit einer tonischen Starre der gesamten Muskulatur. Der Kopf war nach rückwärts gebeugt, das Gesicht leicht verzerrt, etwas Schaum vor dem Munde, Knirschen der Zähne. Arme in einem Winkel von 45° vom Rumpfe abduziert, Muskeln der oberen und unteren Extremitäten bretthart, sowie die des Abdomens, die einzelnen Muskelbäuche scharf hervortretend, Finger und Zehen eingekrallt, nicht zu lösen. Augen beiderseits halb geschlossen, Pupillen gleich, etwas unter mittelweit, auf Lichteinfall reagierend.

Bei Nadelstichen in die Schleimhaut der linken Nase verzieht Patient etwas schmerzhaft das Gesicht, während man bei Nadelstichen in die rechte Nasenhöhle nur eine ganz geringe Verziehung des Gesichtes wahrnimmt. Cornealreflex beiderseits etwas abgeschwächt, rechts noch schwächer als links.

Bei tiefen Nadelstichen in die Muskulatur beider Körperhälften reagiert Patient nicht, ebenso wenig auf Anrufen.

Nachdem die tonische Starre über 10 Minuten angehalten hatte, wurde über das Gesicht und die Muskulatur der Arme ein mässig starker faradischer Strom appliziert, worauf Patient erst einigemal das Gesicht verzog, dann zu stöhnen anfing, endlich die Augen aufschlug, sie bewegte und durch ihren Ausdruck zu erkennen gab, dass er wieder zu sich gekommen sei. Durch eine Geste verlangte er Wasser, führte es selbst zum Munde. Die Starre der Armmuskeln, insbesondere der eingekrallten Finger, brauchten diesmal nicht erst gelöst zu werden. Der Patient war nach diesem Anfall völlig aphonisch. Erst nachdem die Halsgegend einigemal mit der Elektrode behandelt, und der Patient wiederholt aufgefordert worden war, »a« zu sagen, erhielt er allmählich die Sprache wieder. Indessen hatte sich durch die Faradisation auch die Steifigkeit der Beine und das Eingekralltsein der Zehen gelegt. Es folgte dann nochmals ein kurzer Anfall tonischer Natur des ganzen Körpers, der jedoch durch Fortsetzen des Faradisierens nach einer halben Minute vorüber ging. Patient erklärte nur, grossen Hunger bekommen zu haben. Nadelstiche und Pinselstriche

empfindet er nun wie früher. R. besteht die Anaesthesie wie früher fort.

20. Mai 95. Patient will in der Nacht einigemal Krämpfe im rechten Bein gehabt haben.

25. Mai 95. Früh 10 Uhr Anfall von gleichem Verlauf wie früher. Lösung der Starre nach Behandlung mit dem faradischen Strom. Patient nach dem Anfall wieder aphonisch; Elektrode in der Halsgegend hebt die Aphonie auf.

1. Juni 95. Anfall von einer Viertelstunde.

11. Juni 95. Patient verhält sich dauernd völlig geordnet, geniesst freien Ausgang, fühlt sich wohl, klagt nur über Schlaflosigkeit. Heute morgen bleibt er zu Hause, da er an verstärktem Kopfweh leide. Fürchtet das Nahen eines Anfalls, der auch abends 7 Uhr eintritt. Dauer 1/4 Stunde. Lösung unter Anwendung des Induktionsstromes.

30. Juni 95. Nachmittags beim Spaziergang und abends zu Hause je ein Anfall.

17. Juli 95. Klinische Vorstellung. Die Störungen im Gebiete der Mobilität und Sensibilität sind noch die gleichen, wie bei der Aufnahme. Nachzutragen ist noch eine Prüfung des Gesichtssinnes.

Das Gesichtsfeld wird durch Projektion auf die Tafel geprüft. Während beim Zuhalten des rechten Auges Patient deutlich zu sehen angiebt, fest und sicher dasteht, beim Zuhalten des linken Auges nur undeutlich und »klein und schwach« zu sehen, klagt über Schwindel und muss sich nach einiger Zeit nach einer Stütze für die Hände umsehen.

29. Juli 95. Patient wurde durch seine Umgebung heute in der Nachtruhe gestört, ging vormittags noch spazieren, äusserte aber schon seine Befürchtung über das Bevorstehen eines Anfalles. Mittags geht er nicht aus, legt sich zu Bette und bleibt ruhig liegen, giebt auf Fragen keine Antwort.

Allmählich geraten die Extremitäten und der ganze Körper in tonische Starre, hie und da leichtes Zähneknirschen. Augen erst offen dann geschlossen, Pupillen mittelweit, gleich, reagieren gut. Lösung des Anfalles nach Anwendung des Induktionsstromes.

3. August 95. Motilitäts- und Sensibilitätsstörungen sind wesentlich zurückgegangen, Stimmung gut. Patient verlässt heute auf eigenen Wunsch die Klinik, will sich jedoch nach einiger Zeit wieder aufnehmen lassen.

Therapie bestand in Applikation des franklinischen und faradischen Stromes. Schwache Bromlösung (2mal täglich ein Esslöffel = 2,0 gr) Tinctura Valeriana.

II. Aufnahme (16. Oktober 1895).

Patient kommt von zu Hause, erzählt, wegen Erkrankung seiner Frau habe er anstrengend arbeiten müssen und dass schon wieder nach einer Woche ein Anfall aufgetreten sei. Im ganzen habe er 4 Anfälle

gehabt, den letzten vor 8 Tagen. Das »Gefühl« und die Kraft sollen bedeutend nachgelassen haben, auch der Appetit sei schlecht gewesen und viel Kopfweh habe bestanden, namentlich auf der rechten Seite.

Kurz nach der Aufnahme bekommt Patient im Bade einen Anfall, der nach wenigen Minuten sich von selbst löst.

Status: cfr. I. Aufnahme. Urin eiweissfrei.

29. Oktober 1895. Eine heute vorgenommene Sensibilitätsprüfung ergibt fast völlige Anaesthesie und Analgesie der rechten Körperhälfte für Nadelstiche. Nur das Kratzen der Nadel auf 4 bis 5 cm langen Strecken empfindet er als unangenehmes Gefühl. Es wird $^5/_4$ Stunden lang der grosse Magnet an den rechten Arm angelegt, wonach die Analgesie verschwunden, Nadelstiche auf der ganzen rechten Körperhälfte als Picken angegeben werden.

Die Sensibilität links ist die gleiche geblieben.

30. Oktober 1895. Vormittags 2 Anfälle, erst Steifigkeit des ganzen Körpers, darauf Wälzen, Arc du cercle-Bildung, beim ersten Anfall fiel Patient aus dem Bette, wälzte sich auf dem Boden weiter, streckte und beugte langsam und kräftig die Beine und bewegte sich auf dem Boden fort. In demselben langsamen Takte machte er mit den Armen schwimmartige Bewegungen. Dauer 8 Minuten. Patient war nach dem Anfall nicht aphonisch, trank mehrere Becher Wasser.

Ein zweiter Anfall, eine Viertelstunde nachher, verlief wie die früher beobachteten mit tonischer Starre der Extremitäten. Auf Nadelstiche an verschiedenen Stellen der linken Körperhälfte verzieht er schmerzhaft das Gesicht. Augen krampfhaft geschlossen, Pupillen unter Mittelweite.

Lösung des Anfalles nach Anwendung des Induktionsstromes. Erst nach besonderer Faradisierung des Halses bringt Patient einige Worte hervor, vermochte aber bald wieder deutlich zu sprechen.

Rechts hat die Sensibilität gegenüber gestern etwas abgenommen.

16. Dezember 1895. Patient befand sich seit der ganzen Zeit seines jetzigen Aufenthaltes wohl. Anfall war keiner mehr aufgetreten. Nur einmal wurde Patient in etwas gedrückter Stimmung angetroffen, er machte sich Sorge, ob er nach Verlassen der Klinik wieder arbeiten könne, um seine Familie zu ernähren.

Patient wurde mit Reibungselektrizität behandelt, die ihm stets sehr grosse Erleichterung verschaffe. — 16. Dezember 1895 entlassen.

III. Aufnahme (10. Januar 1896).

10. Januar 1896. Patient wurde heute wieder aufgenommen, musste sich sogleich zu Bett legen. Er roch stark nach Alkohol. Auf Befragen antwortete er mit ganz leiser, jämmerlicher Stimme, er habe vor seinem Eintritt nur 2 Glas Bier getrunken, man verkenne ihn, wenn man glaube, er sei betrunken. Er sei eben wieder mehr krank,

alles thue ihm wehe, besonders starke Schmerzen empfinde er auf der rechten Seite. Zu Hause habe er zwei Anfälle, einen schwachen und einen starken gehabt.

Patient sieht im Vergleich zur Zeit seiner Entlassung etwas reduziert aus.

Ordination: Influenzkopfdouche, Kranzelektrode (Influenzstrom, auf 2 cm überspringender Funke) über sämtliche Extremitäten.

2. Februar 1896. Sensibilitätsprüfung. Pinselstriche werden auf der ganzen linken Körperhälfte nur dumpf empfunden, Nadelstiche sind nicht schmerzhaft. Ein Pinsel lässt sich ohne jede Reaktionsbewegung in das linke Nasenloch einführen bis zur hinteren Nasenrachenöffnung. Wangenschleimhaut links analgetisch. Kornealreflex links herabgesetzt. Geschmack, Geruch links herabgesetzt. Temperatursinn ebenso. Motorische Kraft R. = 150, L. = 60.

Gesichtsfeld links eingeschränkt, rechts normal.

Betrachten wir noch einmal die Symptome in unserem Falle:

Die psychischen Anomalien treten hier gegenüber dem vorhergehenden Falle mehr zurück, wenn auch einige rasch vorübergehende Depressionszustände beobachtet werden. Dagegen sind die Störungen von Seiten der Sensibilität: Anaesthesie der Haut und Schleimhäute, Analgesie; sensorielle Anaesthesien: Einengung des Gesichtsfeldes, Abnahme der Gehörschärfe, Anaesthesie des Geruches in geradezu klassischer Weise ausgeprägt. Dazu die totale thermische Anaesthesie am ganzen linken Fusse, die senkrecht zur Axe des Beines abschneidet, dessen Hautbedeckung zum Teil von den gleichen Nerven versorgt wird, wie die Haut des Fusses, die rechtsseitige Hemianaesthesie, die genau die eine Körperhälfte einnimmt, mithin kein abgeschlossenes Nervengebiet betrifft, endlich das vollständige Uebergehen aller dieser Erscheinungen auf die linke Seite bei dann normaler rechter Körperhälfte — dieser Symptomenkomplex lässt keine andere Diagnose als »Hysterie« zu.

Welcher Natur nun sind die Anfälle? Sind es hysterische oder epileptische Anfälle?

Die lange Dauer der Anfälle, bis zu einer Viertelstunde, das Reagieren der Pupillen während eines Anfalles (cfr. Anfall vom 19. Mai 1895), das nicht völlige Geschwundensein des Bewusstseins (Patient verzieht bei Nadelstichen schmerzhaft das Gesicht), nach den Anfällen fühlt sich Patient psychisch vollständig frei, die oft mehrere Minuten, bis zu zehn, dauernden tonischen Kontraktionen der Muskeln, nie klonische Konvulsionen, sondern, wenn es zu Bewegungen kommt, so werden sie mit einer gewissen Ruhe, Vorsicht und Auswahl, eine Art »koordinierter Bewegungen«, ausgeführt, Kreuzigungsstellung, Fechterbewegungen, Schwimmbewegungen, bei den noch so heftigen masti-

katorischen Anfällen wird die Zunge nie zerbissen; endlich die Arc du cercle-Bildung, die Möglichkeit, die Anfälle zu koupieren, alles dies spricht gegen epileptische Anfälle und wir müssen die von uns beobachteten Anfälle für »hysterische« Anfälle ansprechen.

Prognose: Patient ist, um es hier nachzutragen, hereditär nicht belastet. Im übrigen sieht es wohl mit der Prognose so trübe aus wie im ersten Falle. Auch hier sind es ausser der schon langen Dauer der Krankheit die sozialen Verhältnisse in erster Linie, die ihren ungünstigen Einfluss ausüben.

Zu Hause geniesst Patient wegen seiner Anfälle ein gewisses Ansehen. Da Patient in einem Anfall einmal verschiedene Gegenstände zerschlug, so räumt jetzt die Frau, wenn Patient einen Anfall kommen spürt, die Stube aus, ja sie holt Nachbarn, bis zu vier Stück, herbei, um ihren Mann während der Anfälle festzuhalten.

Was sich nun auch der Patient für Vorstellungen über seine Anfälle macht, mag er sich nun interressant vorkommen, oder als Märtyrer, sicherlich wird den Anfällen und ihrer Schwere auf diese Weise Vorschub geleistet; Patient fühlt sich nicht veranlasst, denselben psychischen Widerstand gegenüber zu setzen, trotzdem er durch die wiederholte klinische Behandlung allmählich hätte einsehen können, dass bei etwas Willensstärke von seiner Seite aus die Krankheit nicht so heftig auftritt.

So verwächst der Krankheitszustand des Patienten immer inniger mit seiner Gedankenwelt.

Ein weiteres Hindernis für das Gesunden sind wohl auch die ökonomischen Verhältnisse des Patienten und der Bezug einer Monatsrente als Militärinvalide von 36 Mark. So bringt er es seinen Angaben nach nicht über 3 Stunden Arbeit im Tage, und dabei gehen seine Verhältnisse nicht zurück.

Wie der Verlauf der Krankheit zeigt, wechselt Besserung mit dem alten Zustand ab, und dieses Spiel wird sich wohl zeitlebens wiederholen, wenn nicht am Ende ein allmählicher Uebergang in hysterisches Irresein erfolgt.

Was die Anfälle selbst betrifft, so tragen sie jetzt einen exquisit hysterischen Charakter, sind jedoch bei ihrer Schwere und relativen Häufigkeit um nichts milder zu beurteilen, als die früheren epileptischen Anfälle.

Betrachten wir nun die operativen Eingriffe und ihre Wirkung bei unseren Fällen und zwar zuerst bei dem einfacheren Falle.

Es handelt sich hier um eine Verletzung der Hand mit nachfolgender Amputation der letzten 4 Finger der rechten Hand.

Bei der Operation wurde möglichst konservativ vorgegangen, auch heilte die Narbe per secundam. Später traten Schmerzen in der Narbe auf und dann auch Zuckungen, die schon damals als auf hysterischer Basis beruhend gedeutet wurden. Bei der Art der Heilung war es denkbar, dass wirklich pathologische Veränderungen, Neurombildung, Verwachsung der Narbe mit dem Knochen bestanden. Auch ein zweiter Arzt dachte an diese Möglichkeiten. Deshalb wurde eine Nervendehnung vorgenommen (cfr. Vorgeschichte pag. 12), die eine Heilung von 2monatlicher Dauer schuf, dann kam es wieder zu den alten Zuckungen. Diesmal wurde radikaler vorgegangen, und so wurde, um eine glatte Narbe zu schaffen, eine tiefere Amputation an der Hand mit Excision sämtlicher sichtbarer Nerven vorgenommen. Diese nun entstandene Narbe (sie existiert jetzt noch) entspricht allen Anforderungen an eine Narbe: sie liegt auf dem Handrücken, ist fest, auf der Unterlage leicht verschieblich und war beim Schluss der Behandlung und schon früher auf Druck nicht schmerzhaft, ein Beweis, dass keine pathologischen Veränderungen in der Narbe vorliegen. Als nun wieder Zuckungen auftraten, wurden noch einmal 2 Nervendehnungen, immer nur von kurzem Erfolg begleitet (6 Tage hören einmal die Zuckungen auf) vorgenommen, dann erst wurde Patientin in eine Nervenheilanstalt aufgenommen, nachdem man noch vorher die Möglichkeit einer Trepanation erörtert, die Operation aber nicht zur Ausführung gebracht hatte.

Sehen wir ab von der zweiten Operation, welche allenfalls noch ihre Berechtigung haben konnte; die erste Narbe genügte vielleicht nicht allen Anforderungen und aus diesem Grunde suchte man sie zu verbessern.

Schwieriger ist es für uns die Indikationen für die übrigen, die Nervendehnungen, aufzufinden. Der Erfolg war schon nach der zweiten Operation nur ein ganz kurzer (die Heilung hielt kaum 2 und einen halben Monat an) und da man sich klar war, dass es sich um Hysterie handelte, so musste man die Erfolge doch als Einwirkung auf die Psyche deuten, aber nicht als durch Beseitigung pathologischer Zustände bedingt.

Wenn Patientin auch durch ihre Behandlung in der psychiatrischen Klinik nicht dauernd geheilt wurde, — die Schuld an dem Recidiv ist durch die Verhältnisse bedingt — so wird durch diese, wenn auch vorübergehende Heilung doch gezeigt, dass man die operativen Eingriffe vollständig entbehren kann, dass

sich durch eine konsequente psychische Behandlung das Gleiche, ja ungleich Besseres erreichen liesse.

Kommen wir noch mit ein paar Worten auf die vorgeschlagene Trepanation zu sprechen. Abgesehen von der Gefährlichkeit der Operation würde dann eine dauernde Lähmung geschaffen und auf eine Funktionsfähigkeit des Armes überhaupt verzichtet. Aber wer kann bei dem Charakter des Leidens dafür einstehen, dass nicht bald wieder die Zuckungen, wie dies im Gesichte schon der Fall war, auch auf den linken Arm überspringen? Wo wäre dann die Grenze für Operationen?!

Im II. Falle, dessen Vorgeschichte in: »Bruns, Beiträge zur klinischen Chirurgie Band I pag. 506 ff. behandelt ist, wurde von einer chirurgischen Behandlung abgestanden, nachdem man sich überzeugt hatte, dass die Anfälle nicht mehr epileptischer Natur waren (cfr. Vorgeschichte Anfall vom 12. Mai 1893 pag. 22).«

In diesem Falle handelte es sich im Anfange offenbar um epileptische Anfälle, die mit einer Aura von der Narbe ausgingen und durch eine einmalige Operation für 2 Jahre beseitigt wurden. Die dann auftretenden Krämpfe scheinen keine reinen epileptischen Anfälle mehr gewesen zu sein; Patient wurde noch 2mal operiert aber ohne dauernden Erfolg. Bei einer V. Aufnahme in die chirurgische Klinik wurde, wie schon angeführt, von einem Eingriff Abstand genommen. Der weitere Verlauf der Krankheit rechtfertigte das Verhalten von chirurgischer Seite.

Zum Schlusse ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Professor Dr. Siemerling für die Anregung zu dieser Arbeit, die gütige Ueberlassung des Materials, sowie für die freundliche Unterstützung bei Anfertigung der Arbeit meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.